

dit, of „moderate flexion” is iets anders, dan wanneer „die Kniee so weit al möglich gegen den Leib herauf gehalten” worden.

Wat betreft de betrouwbaarheid der metingen verricht aan lijken van vrouwen in het kraambed gestorven, zoo wil ik wijzen op het eigenaardige, dat BUÉ en BONNAIRE, evenals BAR, aanmerkelijk geringere uitkomsten hebben gekregen, dan bijna alle onderzoekingen aan levenden in het kraambed of op het einde der zwangerschap verricht (waaronder mededeelingen van een vergrooting van 1.5 cM.). BAR stelt dan ook zelf de vraag, of de uitkomsten aan zijn lijken verkregen, juist zijn, en of misschien op het oogenblik der baring een grootere beweeglijkheid bestond, hoewel bij dit niet vermoedt. Maar zal niet, wanneer tijdens de baring een voor den bekkeningang eigenlijk te groote schedel is ingedaald, waarbij dus van de beweeglijkheid in de bekkengewrichten zooveel mogelijk is gebruik gemaakt, de bewegelijkheid ook later grooter zijn, dan wanneer dit niet het geval is geweest, zooals bij de lijken van BAR e. a.

Wat betreft de vergrooting door mij waargenomen, wijs ik er nogmaals op, dat bij de meerderheid van mijn patiënten deze schommelde om $\frac{1}{2}$ cM., eens zeker iets minder was (patiënt IV), eens op $\frac{3}{4}$ werd geschat bij een vrouw met een zeer ruim bekken. Spreekt JONGES ook van de uitkomsten van EDGAR en WALCHER als van respectievelijk 8.5 en 13 mM., en 8 en 13 mM?

Met het bovenstaande, meen ik de opmerkingen van JONGES volkomen te hebben beantwoord.

Amsterdam, 7 Febr. 1910.

J. W. TJEENK WILLINK.

Wij meenen, dat nu dit vraagstuk voor onze lezers voldoende is toegelicht en sluiten hiermede derhalve de gedachtewisseling.

Redactie.

DE KNOOPSGATMETHODE TER RADIKAALOPERATIE VAN LIESBREUKEN.

Naar aanleiding van het stuk van collega LANZ in hetnummer van 5 Febr., getiteld: „De knoopsgatmethode ter radikaaloperatie van liesbreuken” wenschte ik de volgende vragen en opmerkingen te doen, daar ik ze in hoofdzaak ook acht van algemeen belang.

1^o. Gesteld ik verricht een breukoperatie, aan welker principe de naam van bijv. BASSINI of KOCHER is verbonden. Wanneer ik nu de omgeving der operatieplaats bijv. scheer in cijferachtvorm, of wanneer ik de huidsnede juist $4\frac{1}{2}$ cM. groot maak, of wanneer ik de snede in de aponeurose van den m. obl. ext. staak juist één millimeter voor het laterale begin van den ann. ing. ext., of wanneer ik de snede in deze aponeurose maak van lateraal naar mediaal in plaats van omgekeerd, in één woord wanneer ik een kleine wijziging breng in den gang der operatie, die met het eigenlijke wezen der operatie volstrekt niets heeft uit te staan, is het dan gewenscht om krachtens die onbeduidende wijziging te spreken van bijv. de cijferacht —, de $4\frac{1}{2}$ centimeter —, de „knoopsgat” —, de latero-mediale methode van de radikaaloperatie der liesbreuk?

2^o. Bestaat er in de heilkunde ergens een definitie van het begrip „de

kleine snede"? Een snede mag mijns inziens niet zijn klein en ook niet groot. Zij moet hebben de grootte, die noodig is in het bepaalde geval.

3°. De voordeelen der kleine snede bij de zoogenaamde knoopsgatmethode zocht ik in het opstel, maar vond ze niet. Toch schijnt het kleine knoopsgat de quintessence van de er naar genoemde methode te zijn, want wat er overigens nieuw is in deze methode raakt het eigenlijke wezen eener radikaaloperatie niet.

4°. De jachthondendressuur van den wijsvinger is als beeld vrij goed; maar in de werkelijkheid overgebracht zijn de patiënten er de dupe van. Dit beeld toch lijkt mij niet voldoende om te motiveeren, waarom men in de heelkunde het natuurlijke oog zou verwaarloozen en het zonder noodzaak vervangen door een kunst oog op den top van den wijsvinger.

5°. Heeft de statistiek zulke waarde, dat men zoo maar telkens eenige honderdtallen patiënten als proefkonijntjes mag gebruiken, alleenlijk „met het doel zich een juist oordeel te vormen over de waarde der verschillende methoden der radikaaloperatie”? Welk praktisch nut heeft bijv. de statistiek van VAN DAM dan toch gehad, wanneer daarop volgt het potpouri van gedragingen bij de zoogenaamde knoopsgatmethode.

6°. Bij den opbouw eener nieuwe methode schijnt mij in de eerste plaats noodig een goed toezicht op de fundeering er van. Ik vind nl. in het opstel zonder nadere toelichting eenige voor mij ten minste onbekende en daarom onbegrijpelijke stellingen, bijv.: a. „mobilisatie van het buikvlies geeft aanleiding tot het ontstaan van een infundibulum”; b. „het feit, dat de recidieven ontstaan ter plaatse van den inwendigen liesring, doet de overtuiging ontstaan, dat de sluiting van den breukzakhals belangrijker is dan vernauwing van de breukpoort”; c. „telkens heeft het echter den operateur gespeten dit krachtige peesblad te splijten”, en toch splijt collega LANZ dit peesblad en wel op die plaats, waar de stevigheid het meest van noode is, nl. ter hoogte van den inwendigen liesring.

Amsterdam, Februari 1910.

A. OIDTMANN.

GENEESKUNDIGE TITELS.

Nu, na het ingezonden stuk over den titel „med. docts.” de waarschijnlijkheid groot is, dat vele kunstbroeders een nieuw naambordje zich zullen aanschaffen, komt het mij toch wenschelijk voor op drie eigenaardigheden te wijzen, in verband met onze titels.

De eerste is deze, dat door bijna alle geneesheeren de verkeerde gewoonte gevolgd wordt, om hun *titel* „Arts” te plaatsen achter hun naam, in plaats van er vóór, zooals toch bij „titels” te doen gebruikelijk is. Ons diploma toch, ons uitgereikt na met goed gevolg te zijn geëxamineerd in de praktijk der genees-, heel- en verloskunde, geeft ons een *recht*: nl. *het voeren van den „titel” van „Arts”*.

Indien wij de praktijk der genees-, heel- en verloskunde in haren geheelen omvang of slechts een of ander onderdeel van ons vak uitoefenen, dienen wij zulks *achter* onzen naam te vermelden; de „titel” „Arts” dient *vooraf* te gaan.